ZAPYTANIE OFERTOWE

na zapewnienie usługi tłumacza języka migowego

Nr postępowania: 02/04/2016/WCH, data: 15.04.2016 r.

1. **NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

Fundacja Aktywizacja

Chałubińskiego 9 lok. 9A, 02-004 Warszawa

KRS 0000049694

NIP 527-13-11-973

[www.aktywizacja.org.pl](http://www.aktywizacja.org.pl)

**2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest zabezpieczenie usługi tłumacza języka migowego w okresie 1.06.2016 – 31.03.2017, podczas realizacji następujących działań indywidualnych i grupowych:

- opracowania Indywidualnych Planów Działań;

- wsparcia Trenera Aktywności (konsultacje trenera aktywności);

- indywidualnego wsparcia instruktora (konsultacje instruktor);

- konsultacji indywidualnych (konsultacje doradca, prawnik, psycholog);

- Warsztatów Umiejętności Społecznych – WUS;

- warsztatów usamodzielniania się w sieci;

- środowiskowych grup wsparcia,

w ramach projektu pt. „Krok do samodzielności” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

1) działania realizowane będą w siedzibach Centrów Edukacji i Aktywizacji Zawodowej ON   
w Białymstoku, Łodzi, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie i Warszawie;

2) łącznie zaplanowane zostało 20 844 godziny działań indywidualnych i grupowych.

2. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie osobiście, bez możliwości zlecania osobom trzecim, na podstawie umowy cywilno – prawnej (umowa zlecenie), w okresie realizacji projektu, od dnia podpisania umowy maksymalnie do dnia 31.03.2017 r.

3. Uczestnikami/-czkami działań będzie 960 osób z rożnymi rodzajami niepełnosprawności.

**3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

79540000‐1 ‐ Usługi w zakresie tłumaczeń ustnych

**4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY**

Wykonawca zobowiązany jest do:

- zapewnienia tłumacza języka migowego podczas realizowanych działań projektowych,   
w zależności od potrzeb związanych z uczestnikami, we wskazanym przez Zamawiającego czasie, miejscu i koniecznym wymiarze czasu;

- zapewnienia niezbędnego sprzętu i oprzyrządowania;

- terminowego rozliczenia się ze zrealizowanych zadań;

- współpracy z Zamawiającym (z osobami zaangażowanymi w realizację projektu).

**5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO**

Zamawiający zobowiązuje się do:

- poinformowania Wykonawcy o potrzebie zrealizowania tłumaczenia w określonym miejscu i dla określonej liczby osób z odpowiednim wyprzedzeniem, umożliwiającym Wykonawcy należyte przygotowanie;

- zapewnienia odpowiednich warunków realizacji zamówienia.

**6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Zamówienie będzie realizowane w okresie pomiędzy 1.06.2016, a 31.03.2017.

Miejscem realizacji zamówienia będą siedziby Oddziałów Zamawiającego w Białymstoku, Łodzi, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie i Warszawie.

**7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy zapewnią kadrę która:

- biegle zna język migowy (polski język migowy);

- posiada doświadczenie w realizowaniu tłumaczenia języka migowego.

Wykonawca nie może być powiązany kapitałowo i osobowo z Zamawiającym.

**8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW**

- wykaz doświadczenia w realizacji tłumaczenia języka migowego;

- zaświadczenie, certyfikat, itp. poświadczające posiadanie stosownych uprawnień w zakresie tłumacza języka migowego;

- rekomendacje/referencje wystawione przez podmiot/y zlecający/e usługę dotyczącą przedmiotu zamówienia.

**9. WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA**

Rozliczenia związane z realizacją zamówienia będą prowadzone w PLN.

**10. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna mieć formę pisemną, być opatrzona pieczątką firmową (jeśli dotyczy), zawierać datę sporządzenia oraz obowiązkowo podpis i pieczątkę imienną Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy.

2. Składając ofertę, Wykonawca musi przedłożyć dokumenty wymienione w pkt. 8 zapytania ofertowego.

3. Wszystkie składane przez Wykonawcę dokumenty powinny zostać złożone w formie oryginału bądź kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.

4. Dokumenty złożone w języku obcym winny być dołączone i przetłumaczone na język polski oraz dodatkowo poświadczone za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.

5. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.

6. Zaleca się, aby wszystkie zapisane strony oferty zostały kolejno ponumerowane.

7. Ofertę należy doręczyć w formie pisemnej, drogą pocztową lub osobiście zgodnie z pkt. 12 zapytania ofertowego.

**11. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI**

Sylwia Daniłowska - [sylwia.daniłowska@idn.org.pl](mailto:sylwia.daniłowska@idn.org.pl), tel. +48 509 251 323

Fundacja Aktywizacja, Chałubińskiego 9 lok. 9A, 02-004 Warszawa

**12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY**

Oferty należy złożyć w formie papierowej do dnia 22.04.2016 r do godziny 16, osobiście lub drogą pocztową na adres:

Fundacja Aktywizacja, Chałubińskiego 9 lok. 9A, 02-004 Warszawa.

Koperta powinna zawierać opis „Oferta na zapewnienie usługi tłumacza języka migowego   
w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 02/04/2016/WCH z dnia 15.04.2016 r.”

**13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY**

W celu wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający dokona oceny i wyboru oferty spośród Wykonawców spełniających warunki określone w punkcie 7 w oparciu o kryterium wyboru: cena   
i doświadczenie.

Ocena doświadczenia Wykonawców w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia w okresie ostatnich 3 lat zostanie przeprowadzona w oparciu o przedstawione przez Wykonawców wraz   
z ofertą wykazy doświadczenia, poparte referencjami/rekomendacjami podmiotów zlecających usługę/i, potwierdzającymi fakt jej/ich rzetelnego wykonania.

W przypadku stwierdzenia w ofertach/ofercie oczywistych omyłek pisarskich, rachunkowych bądź innych omyłek polegających na niezgodności ofert/oferty z przedmiotowym zapytaniem Zamawiający wezwie Wykonawcę/-ów do sprostowania.

Oferty zawierające braki formalne, na prośbę Komisji oceniającej mogą zostać uzupełnione   
w określonym przez Komisję terminie. Wyboru najkorzystniejszej oferty dokona Komisja. Od dokonanego wyboru nie przewiduje się odwołań.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość niedokonania wyboru oraz możliwość prowadzenia negocjacji.

**14. SPOSÓB WYBORU WYKONAWCY**

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Cena brutto za godzinę pracy: 60 %

Punkty za kryterium "cena" zostaną obliczone na podstawie wzoru:

(najniższa cena brutto analizowanych ofert za godzinę pracy/cena brutto oferty badanej za godzinę pracy)x 60 = liczba punktów

Doświadczenie Wykonawcy: 40 %

Punkty za kryterium "doświadczenie" zostaną obliczone na podstawie wzoru:

(uzyskana liczba punktów/max liczba punktów)x40=liczba punktów

Punkty zostaną przyznane według następujących progów: Doświadczenie w zakresie zgodnym   
z przedmiotem zamówienia, w okresie ostatnich 3 lat - (spełnione 500 godz. – 40 pkt,   
200 godz. – 20 pkt, poniżej 200 godz. – 0 pkt).

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów stanowiącą sumę podanych wyżej kryteriów.

Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji danych przedstawionych w ofercie.

**15. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY**

Na podstawie najkorzystniejszej oferty z Wykonawcą podpisana zostanie umowa cywilno-prawna (um. zlecenie).

**16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Termin związania ofertą to 30 dni kalendarzowych od dnia upływu terminu składania ofert.

**17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA**

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.   
W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

**18. FINANSOWANIE**

Zamówienie jest finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pt. „Krok do samodzielności”.

**19. UWAGI KOŃCOWE**

1. Z możliwości realizacji zamówienia będą wyłączone podmioty, które powiązane są   
z beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem   
i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy osobowo lub kapitałowo.

2. Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych,   
a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Zamawiającego do zawarcia umowy. Zamawiający może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

**20. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Wykaz doświadczenia w zakresie przedmiotu zamówienia

Załącznik nr 3 –Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

# OFERTA WYKONAWCY

## w postępowaniu zgodnym z trybem rozeznania rynku

Nr postępowania 02/04/2016/WCH, data: 15.04.2016 r.

Imię i nazwisko lub nazwa firmy (jeśli dotyczy) oraz adres Wykonawcy

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

email: ...................................................

NIP: ...................................................

REGON: .................................................

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące zapewnienia usługi tłumacza języka migowego określonej w zapytaniu ofertowym w ramach projektu pn. „Krok do samodzielności” dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, składam ofertę za następującą cenę za zapewnienie realizacji 1 godziny tłumacza języka migowego:

Cena [brutto]\* …………………..…………….................... PLN

Cena [netto] ………………..…………………………………. PLN

Specyfikacja dot. usługi zg. z przedmiotem zapytania

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z warunkami niniejszego zapytania i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/-am informacje konieczne do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że termin związania z ofertą wynosi 30 dni kalendarzowych od dnia upływu terminu składania ofert.
3. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
4. Ofertę niniejszą składam na ........... kolejno ponumerowanych stronach.

……………………………………………………………………………..

pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

\* W przypadku osób nieposiadających przychodu w wysokości co najmniej najniższej krajowej (zg. z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 września 2013 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2014 r. oraz Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 września 2014 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2015 r.) kwota brutto oznacza kwotę z pełnymi składkami społecznymi oraz ubezpieczeniem zdrowotnym.

*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ……………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia szkoleń**

Dotyczy zapytania ofertowego nr 02/04/2016/WCH**,** data: 15.04.2016 r.w ramach projektu „Krok do samodzielności**”** finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tematyka przeprowadzonych szkoleń** | **Liczba godzin**  **szkoleniowych** | **Liczba uczestników, krótka charakterystyka grupy (w tym uczestnictwo osób niepełnosprawnych)** | **Okres wykonywania zadania** | **Pracodawca** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…….………………………………

(podpis Wykonawcy)

*Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 02/04/2016/WCH**,** data: 15.04.2016 r.w ramach projektu „Krok do samodzielności**”** finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**oświadczam, że** Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.   
Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem   
i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy

\* niepotrzebne skreślić